



FORMULAR APLIKIMI
KËRKESË PËR NJOHJE KREDITESH
AGJENCIA E SIGURIMIT TË CILËSISË SË KUJDESIT
SHËNDETËSOR DHE SHOQËROR
MINISTRIA E SHËNDETËSISË DHE MBROJTJES SOCIALE



Nëse keni pyetje, lutemi kontaktoni: Tel: + 355 (4) 245 22 86 E-mail: info@asck.gov.al Web: www.asck.gov.al	HAPËSIRË E REZERVUAR VETËM PËR INSTITUCIONIN
Shënim: Ju lutem plotësoni me kujdes dhe qartë informacionin e kërkuar në fushat më poshtë, ME SHKRONJË TË MADHE E NË NGJYRË BLU.	Nr. Prot: Date:

SEKSIONI A: INFORMACION SPECIFIK MBI APLIKANTIN

1. Emër	<input type="text"/>	2. Emër i babait	<input type="text"/>
3. Mbiemri	<input type="text"/>	4. Institucioni	<input type="text"/>
5. E- mail	<input type="text"/>	6. Tel/ Cel	<input type="text"/>
7. Data e plotësimit	<input type="text"/>	8. Periudha kohore	<input type="text"/>

SEKSIONI B: INFORMACION SPECIFIK MBI AKTIVITETIN

AKTIVITETIN I KRYER	TË DHËNAT E AKTIVITETIT	NUMRI I KREDITEVE
1. Lexim i artikullit shkencor (Titulli i artikullit)	Autori dhe viti i botimit	0.5/ për artikull
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Lexim libri mjekësor (Titulli i librit)	Autori dhe viti i botimit	3/ për libër
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. Përdorimi i një DVD/ CD
(Titulli i DVD/ CD)

Autori dhe viti i botimit

0.5/ për DVD/ CD

4. Vizitë studimoreInstitucioni/ departamenti
shëndetësor, shteti

Kohëzgjatja

5/ për vizitë

5. Pjesëmarrje në kërkim/ studim
(Titulli i studimit)Autori/rët, viti i botimit dhe rolin tuaj
në këtë aktivitet

4/ për kërkim

Kredite gjithsej*

--

* Kreditet e përfituara nga aktivitetet e vetëraportuara mund të përlogariten deri në 20 % të numrit të përgjithshëm të krediteve të raportuara nga profesionisti për secilin cikël të programit të ricertifikimit.

6. Konferenca, trajnime, seminare të zhvilluara brenda dhe jashtë Shqipërisë.

Titulli i aktivitetit

Vendi i zhvillimit

Data e zhvillimit

7. Aktivitete individuale (botime)

Titulli i artikullit

Titulli i revistës

Nr. i autorëve

Data e botimit

Titulli i kapitullit

Titulli i librit

Nr. i autorëve

Data e botimit

Titulli i kurrikulës	Departamenti/ Fakulteti	Niveli	Data
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Titulli i librit	Numri i autorëve	Data e botimit	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Shënim: Bashkëngjitur kërkesës gjenden dokumentet që vërtetojnë përfshirjen në këto aktivitete, sipas procedurave të parashikuara në VKM nr. 789 datë 22.09.2015

KLAUZOLA DEKLARATIVE

Unë deklaroj se aktivitetet e mësipërme janë raportuar me vërtetësi.

Nënshkrimi i aplikantit

Data

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Unë i/e nënshkruari/a _____ në dijeni të përgjegjësive penale që rrjedhin nga deklarimi dhe paraqitja e të dhënave e rrethanave të rreme, nën përgjegjësinë time personale deklaroj se të dhënat e paraqitura në këtë formular janë të vërteta dhe në respektim të ligjit Nr. 9887 "Për mbrojtjen e të dhënave personale" të ndryshuar, autorizoj me vullnetin tim të lirë institucionin, të përpunojë dhe të përdorë të dhënat e mia personale, për qëllime statistikore dhe të shqyrtimit të aplikimit.

Njoftojmë se autorizimi i mëposhtëm është vullnetar

Autorizoj institucionin të përpunojë të dhënat e mia personale (emër, mbiemër, numër telefoni ose email) të mbledhura më sipër, me qëllim zhvillimin e sondazheve të automatizuara për marrjen e opinionit tim, në lidhje me cilësinë e ofrimit të shërbimit.

Nënshkrimi i aplikantit

Data

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------